
FACULTÉ DE MÉDECINE

Travail effectué au Centre Anticancéreux de Montpellier

Les propagations des cancers buccaux
au maxillaire inférieur

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1937

PAR

ROBERT Roger

Né le 22 avril 1911, à La Tour du Pin (Isère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY

MM. LAMARQUE, Professeur, président.
TURCHINI, Professeur.
JANBON, Agrégé.
ROUX, Agrégé.

assesseurs

IMPRIMERIE E. MAZEL
: LARGENTIÈRE (ARDÈCHE) :

1937

**Les Propagations
au Maxillaire Inférieur
des Cancers Buccaux**

FACULTÉ DE MÉDECINE

Travail effectué au Centre Anticancéreux de Montpellier

Les propagations des cancers buccaux
au maxillaire inférieur

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1937

PAR

ROBERT Roger

Né le 22 avril 1911, à La Tour du Pin (Isère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY

MM. LAMARQUE, Professeur, président.

TURCHINI, Professeur.

JANBON, Agrégé.

ROUX, Agrégé.

assesseurs

IMPRIMERIE E. MAZEL
: LARGENTIÈRE (ARDÈCHE) :

1937

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS
Histologie.....	TURCHINI
Physiologie.....	L. HEDON
Chimie biologique et médicale.....	CRISTOL
Physique médicale.....	PECH
Anatomie pathologique.....	GRYNFELTT
Microbiologie.....	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH
Hygiène.....	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale.....	N
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	GIRAUD
Clinique médicale.....	VIRES, <i>assesseur.</i>
Clinique chirurgicale.....	RIMBAUD
Clinique obstétricale.....	MASSABUAU, RICHE
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	P. DELMAS
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge...	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	LEENHARDT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MARGAROT
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ETIENNE
Clinique gynécologique.....	JEANBRAU
Clinique ophtalmologique.....	LAPEYRE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	VILLARD
Matière médicale (Ch. de c.).....	TERRACOL
Radiologie (Ch. de c.).....	CABANNES
Anatomie (Ch. de c.).....	LAMARQUE
Histologie (Ch. de c.).....	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, GALAVIELLE, VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale.....	PAGES
Pathologie externe.....	AIMES
Médecine opératoire.....	SOUBEIRAN, <i>ag. libre.</i>
Accouchements.....	COLL DE CARRERA
Clinique phtisiologique.....	N
Clinique propédeutique médicale.....	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON
Stomatologie.....	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie.....	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine.....	MM. BOULET
	PAGES, JANBON
	BAUMEL, VIDAL
	RIMBAUD
Obstétrique.....	COLL DE CARRERA
Bactériologie.....	CARRERE
Ophtalmologie.....	DEJEAN

Examineurs de la Thèse

MM. LAMARQUE, *prof. président.*
TURCHINI, *professeur.*

MM. ROUX, *agréé*
JAMBON, *agréé*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS SUZANNE ET FERNANDE

A MES PARENTS

A MES AMIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de notre Jury de Thèse
et qui a droit à notre reconnaissance
pour l'enseignement et les conseils
qu'il nous a prodigués au cours de
nos études.*

A MON JURY DE THÈSE

AVANT-PROPOS.

Dans ce travail, nous nous sommes proposé de rechercher les cas où un cancer de la muqueuse buccale s'était propagé au maxillaire inférieur.

Nos recherches ont porté sur les archives du « Centre Anticancéreux de Montpellier » que Monsieur le Professeur Lamarque a bien voulu mettre à notre disposition. Nous avons donc rapporté ici les observations que nous y avons trouvées et, à ce propos, nous avons examiné quelques aspects de symptomatologie, de pathogénie et de diagnostic qui nous ont paru intéressants.

Enfin nous avons terminé cette thèse par une revue succincte des différents traitements qui ont été proposés pour lutter contre ces affections redoutables.

INTRODUCTION

Les néoplasmes du maxillaire inférieur peuvent se ranger en 4 catégories .

1° Les cancers primitifs du maxillaire tels que sarcomes, myélomes...

2° Les tumeurs issues des kystes dentaires, des débris embryonnaires de Malassez, en un mot les tumeurs ayant pour origine les germes dentaires ; ce sont des tumeurs étrangères à l'os proprement dit, mais qui y sont incluses ; elles sont plutôt à classer dans les tumeurs bénignes car elles ne font pas de métastases et quand elles récidivent, elles récidivent sur place en s'étendant peu et sont toujours curables.

3° Les métastases de cancers primitifs du sein, de la prostate, de la glande thyroïde.

4° Les cancers par propagation au maxillaire inférieur des cancers de voisinage.

Notre étude se bornera à la 4^{me} catégorie ; les cancers de voisinage envisagés sont des épithéliomas de la muqueuse buccale tels qu'épithéliomas des gencives, du plancher buccal, de la langue, des lèvres.

Le processus de cancérisation est en général le suivant : le néoplasme s'étend de proche en proche

en surface jusqu'à atteindre la gencive ; à ce moment, des bourgeons épithéliaux s'enfoncent, atteignent l'os, le pénètrent et détruisent le tissu osseux en le remplaçant par du tissu cancéreux (nous verrons plus loin que l'on peut envisager un processus différent) ; l'os est parfois atteint à un degré tel que des fractures pathologiques se produisent à l'occasion des efforts de mastication.

Nous présenterons d'abord, une étude statistique établie à l'aide des archives du Centre Anticancéreux de Montpellier et les observations que nous avons recueillies dans ce service ; nous étudierons la symptomatologie et l'évolution de ces cancers après avoir tenté une pathogénie, leur diagnostic et leur pronostic ; enfin nous envisagerons les différents traitements qui ont été proposés et leurs résultats malheureusement défavorables.

OBSERVATIONS

Nos recherches ont porté sur environ 500 observations du Centre Anticancéreux de Montpellier, échelonnées de 1924 à 1936 inclus. Ces observations se rapportent à des cas d'épithéliomas de la lèvre inférieure et des commissures labiales, de la gencive inférieure, du plancher de la bouche, de la langue, des amygdales, du voile du palais et des piliers antérieurs, en somme de toute la muqueuse du revêtement buccal.

De toutes ces observations nous n'en avons retenu que 21, dans lesquelles la propagation osseuse était nette et presque toujours vérifiée par un examen radiologique ; mais la lecture de nombreuses autres observations nous a donné l'impression que l'atteinte osseuse était plus fréquente et que si on l'avait recherchée systématiquement, on serait arrivé à un taux de propagation supérieur à 10 % pour l'ensemble des épithéliomas buccaux au lieu du taux de 4 % que nous avons trouvé. Ce taux varie d'ailleurs avec l'origine du cancer puisque sur 14 cas de néoplasme des gencives nous avons trouvé 9 fois une atteinte osseuse, tandis que sur 159 cas de néoplasme de la langue nous ne l'avons trouvé que 2 fois, et sur 81 cas de néoplasme des amygdales nous n'avons pas trouvé d'atteinte osseuse.

Nous donnons ci-dessous le tableau statistique que nous avons établi.

	amygdales	lèvre inférieure	bouche	gencive inférieure	voile du palais et piliers antérieurs	langue	plancher buccal	Total par année
1924	6	4	1	1	5	16		33
1925	11	6	1	1	1	13	1	34
1926	7	6	1		2	12	1	29
1927	5	11	3	1	1	13	3	37
1928		12	4	2		16	2	36
1929	6	2	1	1	3	12	2	27
1930	4	6	2		2	10	1	25
1931	6	8	2		2	8	2	28
1932	4	20	3		5	16	2	50
1933	5	16	4	3	8	12		48
1934	7	13	1		4	8	6	39
1935	10	20	2		4	9	5	50
1936	10	18	1	5	4	14	5	57
TOTAL	81	142	26	14	41	159	30	493
atteinte osseuse		6 4 %		9 65 %		2 1,3 %	4 13,5 %	21 4 %

Les 21 observations que nous avons retenues sont les suivantes ; nous les avons classées par ordre chronologique et [en quatre chapitres d'après leur origine : gencive inférieure, lèvre inférieure, plancher de la bouche, langue, c'est-à-dire dans l'ordre de fréquence de propagation osseuse que nous avons trouvée.

**A. — Le point de départ est la gencive
du maxillaire inférieur**

1°) Observation N° 25.161

Monsieur S.... J..., 63 ans, domicilié à Sète, 26, rue des écoles, est entré au Centre le 21 septembre 1925.

a) *Diagnostic* : épithélioma de la gencive inférieure à gauche ayant envahi le maxillaire inférieur, puis la langue et le voile du palais.

b) *Biopsie* (Professeur Grynfeldt) : épithélioma spino-cellulaire, peu de réaction fibroblastique, infiltration leucocytaire mononucléaire, et polynucléaire, mitoses fréquentes, cordons épithéliaux avec kératinisation isolée ou en globes épidermiques parakératosiques

c) *Histoire de la maladie* : en avril 1925 le malade a fait procéder à l'ablation des deux dernières molaires gauches parce qu'il avait des douleurs lancinantes dans la partie postérieure de la mâchoire inférieure gauche ; quelque temps après,

La gencive a bourgeonné autour et dans les alvéoles vides ; puis une ulcération s'est développée et un jour, en se regardant dans la glace, le malade a aperçu en avant du pilier antérieur gauche, une petite plaque rouge de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes avec un point blanc au centre.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade se plaint de douleurs dans la partie gauche de la mâchoire. A l'examen, on note une ulcération bourgeonnante occupant la base et presque toute la hauteur du pilier antérieur gauche, la voute palatine en partie, la paroi buccale correspondante, la gencive et s'étendant jusqu'à la langue. On applique un traitement par le radium.

f) *Examens ultérieurs*. Le 19 octobre 1925, les ulcérations sont cicatrisées, il y a une radio-épidermite assez avancée sur la joue gauche.

Le 21 octobre 1925, un examen radiographique fait par le Professeur Lamarque, montre un maxillaire inférieur très atteint et une perte de substance au niveau du gonion gauche.

Le 7 Janvier 1925, l'état général est excellent ; localement il y a de petites ulcérations ne paraissant pas néoplasiques mais faisant penser cliniquement à une radionécrose secondaire tardive, or une biopsie montre qu'il s'agit d'un épi-

thélioma spino-cellulaire. On refait un traitement au radium.

Le 27 septembre 1926, un nouvel examen radiographique (Professeur Lamarque) montre une perte à peu près complète de toute la moitié gauche de la branche horizontale du maxillaire inférieur avec fracture et de toute la branche montante gauche ; on pense à l'ostéo-radionécrose.

Le 20 octobre 1926, le Professeur Roux pratique une résection partielle du maxillaire inférieur.

Le 2 décembre 1926, le malade est fébrile, l'état général est très mauvais, les maxillaires inférieur et supérieur sont en pleine nécrose. Le malade sort de l'hôpital et meurt chez lui quelques jours après.

g) *Traitements par le radium.*

Le 3 octobre 1926 : onze tubes de 6 mmg de radium-élément portés par un masque sont laissés en place pendant 144 heures (filtre or-platine),

Le 13 janvier 1926 : un tube de 5 mmg de radium-élément dans un masque buccal est laissé 8 jours (filtre or-platine).

Le 7 mai 1926 : cinq aiguilles de 1 mmg de radium élément placées dans la langue sont laissées 6 heures (filtre or-platine).

Le 8 mai 1926 : deux aiguilles de 1 mmg de

radium-élément placées dans la langue sont laissées 24 heures (filtre or-platine).

Le 15 mai 1926 une aiguille de 1 mm de radium-élément placée dans un masque lingual est laissée 7 jours.

2°) Observation N° 29.024

Monsieur B... J..., 69 ans, domicilié à Montpellier, Quartier du Pont Juvénal est entré dans le service le 14 février 1929.

a) *Diagnostic* : épithélioma du plancher buccal et des gencives.

b) *Biopsie* (Docteur Guibert) : épithélioma malpighien baso-cellulaire ; certaines parties évoluent vers la parakeratose d'où tendance à l'épithélioma métatypique mixte. Il y a une stroma-réaction intense et un processus actif d'infection secondaire.

c) *Histoire de la maladie* : il y a six mois, le malade a ressenti de violentes douleurs dans la région gingivale inférieure gauche ; il n'y avait alors aucune tuméfaction ; un dentiste a procédé à l'ablation de quatre dents. Mais les douleurs ont persisté et peu à peu une tuméfaction s'est développée à la partie antérieure gauche du maxillaire inférieur.

Le 26 octobre 1928 une radiographie a été faite (Professeur Lamarque) : elle n'a pas montré de foyer d'ostéite mais seulement un peu d'irrégularité du rebord alvéolaire.

d) *Antécédents*: Paludisme, dysenterie, lithiase rénale, asthme.

e) *Etat lors du premier examen*: le malade se plaint de douleurs spontanées assez violentes avec irradiations dans le conduit auditif; il y a des paroxysmes surtout lors de la mastication. Les mouvements de la langue sont gênés, la salivation est abondante, il n'y a pas eu d'hémorragie.

L'état général est mauvais, l'amaigrissement est considérable.

L'examen est gêné par un trismus assez marqué, cependant on note une tuméfaction très dure faisant corps avec l'os, située en avant de lui mais avec des limites peu précises. La moitié gauche du plancher buccal est empatée, il n'y a pas de crépitation ni de douleur à la pression. L'adénopathie est peu marquée.

Un examen radiographique (Professeur Lamarque) montre une ostéite du maxillaire inférieur et la présence de corps étrangers dans la partie antérieure du plancher buccal: on extrait deux clous de tapissier à la pince.

f) *Examens ultérieurs.*

Le 3 avril 1929, le malade souffre moins, la tuméfaction a diminué de volume.

Le 2 novembre 1929 le malade succombe.

g) *Traitement par radium.*

Le 26 février 1928, mise en place de dix tubes

de 5 mmg de radium-élément dans un masque qu'on laisse 8 jours.

3°) Observation n° 33.142

Monsieur G... M... 68 ans, domicilié à Fabrègues (Hérault) est entré au Centre le 8 mai 1933.

a) *Diagnostic* : épithélioma buccal avec destruction importante du maxillaire inférieur droit.

b) *Biopsie* (Docteur Guibert) : épithélioma malignien métatypique mixte riche en formes nucléaires monstrueuses et atypiques ; il n'y a pas d'éléments réactionnels.

c) *Histoire de la maladie* : le premier signe a été une hémorragie intrabuccale très importante le 7 janvier 1933 ; le médecin appelé vit une ulcération gingivale et fit enlever 4 dents ; après les extractions dentaires, le maxillaire inférieur augmenta de volume et, il y a un mois, il se produisit une ulcération cutanée.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade se plaint de douleurs lancinantes s'irradiant dans la moitié droite du crâne ; il y a des hémorragies assez abondantes. L'état général est mauvais, l'amaigrissement est accentué. La mastication est impossible à cause du trismus qui ne permet pas aux arcades dentaires de s'écarter de plus de un centimètre.

A l'examen on sent une tumeur faisant corps avec le maxillaire inférieur droit et se continuant avec une volumineuse adénopathie bloquée dans la région sous-maxillaire droite ; dans la région gauche il y a deux ou trois ganglions durs et mobiles. La muqueuse buccale est ulcérée en regard des arcades dentaires, la muqueuse gingivale droite l'est aussi ; la joue droite est infiltrée surtout au niveau de la commissure labiale ; à un centimètre au-dessous de celle-ci, s'ouvre à la peau une fistule entourée d'une collerette de bourgeons néoplasiques.

Un examen radiographique (Professeur Lamarque) montre un envahissement néoplasique de toute la branche montante et de la moitié de la branche horizontale du maxillaire inférieur droit ; il y a une fracture de la branche horizontale. (cliché n° 1).

f) *Examen ultérieur* : Le traitement par le radium est interrompu devant le mauvais état du malade ; celui-ci rentre chez lui et depuis il n'a plus donné de nouvelles.

g) *Traitement par le radium* le 12 mai 1933, on met en place seize tubes de 5 mmg de radium élément dans un masque cervical qu'on laisse en place 6 jours (filtre de 2mm de platine).

4°) **Observation N° 33. 212.**

Monsieur B.. J., 37 ans de Bourg-Saint-Andéol (Ardèche) est entré au Centre le 2 Juillet 1933.

a) *Diagnostic* : néoplasme buccal.

b) *Biopsie* : (Docteur Guibert) épithélioma malpighien spino-cellulaire.

c) *Histoire de la maladie* : le malade a souffert des dents avec fluxion il y a 4 mois ; une avulsion dentaire a été impossible à pratiquer au maxillaire inférieur droit et la dent n'a été enlevée qu'en fin juin. Depuis les névralgies du maxillaire ont été continues, la dysphagie et le trismus se sont installés progressivement ; une salivation abondante et la fétidité de l'haleine sont apparues.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade se plaint des symptômes précédents accentués.

A l'examen on note une langue fixée, un bourgeonnement s'étendant de la gencive droite jusqu'au bord de la langue en comblant le sillon gingivo-lingual.

Il existe une adénopathie, sous-maxillaire, dure, douloureuse à la pression, fixée, de la grosseur d'une noix.

Un examen radiographique (Professeur Lamarque) montre qu'il n'y a pas de foyer d'ostéite nettement caractéristique, mais qu'il y a une large zone de décalcification sur la branche montante du maxillaire inférieur.

f) *Examen ultérieur* : le malade sort de l'hôpi-

tal dans un très mauvais état et il meurt chez lui en septembre 1933.

g) *Traitement par le radium* : le 11 juillet 1933 on met en place seize tubes de 5mmg de radium-élément dans un masque de cire sur cubes d'éloignement (distance à la peau 3 centimètres) et on laisse en place plusieurs jours ; (filtre or platine).

5°) Observation N° 33.318

Monsieur A...L...54 ans domicilié à Béziers est entré à l'hôpital le 1^{er}-novembre 1933.

a) *Diagnostic* : épithélioma ulcéré du rebord alvéolaire.

b) *Biopsie* (Docteur Guibert) épithélioma malpighien spino-cellulaire très riche en globes épidermiques et en formes cellulaires monstrueuses.

c) *Histoire de la maladie* : elle a débuté en juillet 1933, par une ulcération après l'extraction d'une molaire du maxillaire inférieur gauche ; on y a appliqué de la teinture d'iode.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade se plaint de douleurs dans l'hémiface gauche avec irradiations dans l'oreille. La mastication est difficile, il y a une dysphagie et une dyspnée légères, il n'y a pas de dysphonie.

A l'examen, on note une ulcération occupant la partie postérieure du maxillaire inférieur gau-

che avec un bourgeonnement remontant vers le voile du palais ; l'ulcération s'étend en avant jusqu'aux prémolaires. Il y a une grosse adénopathie sous-maxillaire gauche et une légère adénopathie de la chaîne jugulaire gauche.

Un examen radiographique (Professeur Lamarque) indique une ostéite probable de la branche montante du maxillaire inférieur.

f) *Examens ultérieurs* : le 23 novembre 1933 les douleurs sont atténuées sauf l'otalgie.

En mars 1934, le malade succombe à l'hôpital de Béziers.

g) *Traitement par le radium* : le 7 novembre 1933 on place dix tubes de 5 mmg de radium-élément en collier pour irradier les régions sous-maxillaires et jugulaires, la durée est de 300 heures, le filtrage est fait par l'or et le platine.

6°) Observation N° 36.205

Monsieur S... M. . 50 ans, domicilié à Sumène (Gard) est entré au Centre le 18 mai 1936.

a) *Diagnostic* : néoplasme du plancher buccal.

b) *Biopsie* (Docteur Guibert) épithélioma malpighien métatypique mixte doué d'une grande activité mitotique et amitotique ; les éléments néoplasiques paraissent très infiltrants ; il y a peu d'éléments réactionnels.

c) *Histoire de la maladie* : en novembre 1935,

le malade a observé que ses dents inférieures se déchaussaient et il a enlevé lui-même, sans effort, ses incisives, canines et prémolaires. Il n'éprouvait alors aucune douleur osseuse. L'avulsion de la canine a été suivie d'hémorragie qui a duré quinze jours, puis le maxillaire a commencé à suppurer.

Le 14 mars 1936 on a probablement fait un curettage du maxillaire à la Clinique Mutualiste, deux mois après la suppuration a repris, alors le Professeur Massabuau a conseillé l'entrée au Centre.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade se plaint d'avoir une haleine fétide le matin au réveil et d'être très incommodé par la suppuration ; il éprouve de la difficulté à parler et la mastication est impossible.

Le visage est asymétrique à cause de la tuméfaction de la partie inférieure de la joue droite ; des bourgeons durs et adhérents aux plans profonds sont situés à droite du menton.

A la palpation le maxillaire inférieur est irrégulier, tant à droite qu'à gauche, les régions sous-mentales et sous-maxillaires sont indurées.

Si l'on fait ouvrir la bouche, on voit que la mobilité de la langue est très diminuée, que le plancher présente une induration néoplasique bilatérale, les régions sublinguales étant ulcérées et sai-

gnant au toucher ; les gencives sont recouvertes de bourgeons néoplasiques. On note une adénopathie bilatérale, fixée à droite et atteignant les chaînes carotidiennes.

Un examen radiographique (Docteur EGG) montre une perte de substance à contours flous et occupant toute la partie antérieure et supérieure du maxillaire inférieur droit ; à ce niveau le maxillaire paraît réduit à une hauteur de 2 à 3 millimètres.

f) *Examen ultérieur* : le malade est retourné chez lui et n'a plus connu de ses nouvelles.

g) *Traitement par le radium* : le 25 mai 1936, on place dix tubes de 10mmg de radium-élément sur un masque avec cubes d'éloignement (distance à la peau 2 centimètres) qu'on laisse 12 jours (filtre or-platine).

7° Observation N° 36.276

Monsieur L... P... 74 ans, domicilié à Caux (Hérault) est entré au Centre le 7 juillet 1936.

a) *Diagnostic* : épithélioma de la gencive inférieure.

b) *Biopsie* (Docteur Guibert) : épithélioma métatypique avec éléments néoplasiques doués d'une grande activité mitotique ; il n'y a pas de formations kératosiques, mais de nombreux filaments unitifs ; il y a de nombreux éléments réactionnels.

c) *Histoire de la maladie* : il y a quatre mois

le malade a ressenti une douleur au niveau de la gencive inférieure droite avec irradiation vers l'oreille ; depuis le malade a beaucoup maigri.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade souffre beaucoup et peut difficilement avaler le pain : les mâchoires sont contracturées et la bouche s'ouvre à peine, la langue est malhabile.

A l'examen, on voit une vaste ulcération des gencives droites, inférieure et supérieure ; de même une partie de la joue, le pilier antérieur, la moitié droite du voile, la luette sont ulcérés ; le fond de l'ulcération est irrégulier, saignant, douloureux, les bords en sont indurés. La joue droite est indurée ainsi que le plancher buccal dans sa partie droite.

On note une adénopathie mobile à la région sous-maxillaire gauche, dure, mobile sur les plans superficiels, fixée sur les plans profonds, volumineuse à la partie sous angulo-maxillaire droite.

Un examen radiographique (Docteur Bétoulières) montre une destruction étendue au niveau de la face interne de la branche montante gauche du maxillaire inférieur. On pratique la curiethérapie.

f) *Examens ultérieurs* : le 13 août 1936, il y a une amélioration très importante de l'état général et local, l'appétit est excellent. On note une radio-épidermite sèche.

Le 1^{er} novembre 1936, le malade succombe chez lui.

g) *Traitement par le radium* : le 11 juillet 1936 on place onze tubes de 10 mmg. de radium-élément et 3 tubes de 5 mmg. sur un masque pour irradier les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire gauches. La durée est de douze jours (filtre or-platine).

8° Observation N° 36.384.

Madame T... M... 76 ans, domiciliée à Sète, entre dans le Service le 12 septembre 1936.

a) *Diagnostic* : épithélioma gingival et ostéite néoplasique du maxillaire inférieur.

b) *Biopsie* : néant.

Histoire de la maladie : la malade a ressenti il y a deux ans des douleurs dans le maxillaire inférieur droit et, peu à peu, ses douleurs se sont accentuées ; elle a l'impression d'os rongé.

d) *Antécédents* : la malade a eu fréquemment des abcès dentaires à la mâchoire inférieure ; la dentition est d'ailleurs très mauvaise puisque actuellement il ne reste que les incisives et les canines.

e) *Etat lors du premier examen* : les douleurs du maxillaire sont très intenses et s'irradient à l'oreille droite.

A l'examen, on note seulement quelques points ulcérés de la gencive inférieure droite.

Un examen radiographique (Professeur Lamarque) montre sur le bord inférieur de la branche montante droite une zone pouvant répondre à de l'ostéite néoplasique.

Comme traitement on propose des injections intramusculaires de C 40.

9°). **Observation N° 36.424**

Monsieur C... J... 55 ans, domicilié à Perpignan est entré au Centre le 13 octobre 1936.

a) *Diagnostic* : épithélioma de la gencive inférieure avec envahissement du maxillaire inférieur.

b) *Biopsie* (Docteur Guibert) : épithélioma malpighien baso-cellulaire sans évolution vers la kératinisation ; grande activité amitotique ; cette néoplasie paraît assez infiltrante, il n'y a pas d'éléments réactionnels.

c) *Histoire de la maladie* : la maladie a débuté par des douleurs dans la langue il y a un an environ, la bouche était empâtée ; puis des douleurs dentaires sont apparues et presque toutes les dents ont été enlevées en moins de quatre mois ; ensuite, la mâchoire inférieure a commencé à augmenter de volume. Il y a trois jours, une petite excroissance de chair est apparue sur le rebord alvéolaire droit, au niveau de la mâchoire inférieure

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade a la mâchoire contracturée, la mastication est impossible, la dysphagie est marquée, il y a des douleurs violentes, l'amaigrissement est considérable.

Les branches horizontale et montante gauches du maxillaire inférieur sont augmentées de volume ; sur le rebord alvéolaire, à droite, il existe une tuméfaction dure, recouverte d'une muqueuse gingivale non ulcérée. Dans la région sous-maxillaire gauche on perçoit aussi une tumeur fixée.

Un examen radiographique (Docteur Bétoulières) montre une destruction osseuse très importante de toute la moitié gauche du maxillaire inférieur ; l'os a pris un aspect spongieux, comme vermoulu, il présente de nombreuses petites géodes à contours très nets ; le processus destructif intéresse aussi le condyle et l'apophyse coronoïde qui a presque totalement disparu ; en avant il s'étend à la partie antérieure du maxillaire droit. (Cliché n° 2).

On applique un traitement par les rayons X.

f) *Examens ultérieurs*. Le 10 novembre 1936, il y a une amélioration nette, les douleurs et la dysphagie ont disparu ; l'état général est excellent.

Le 18 janvier 1937, il y a une amélioration locale surtout fonctionnelle, mais quelques algies

rachidiennes avec irradiation à la face interne des cuisses sont apparues.

On pratique un nouvel examen radiographique (Docteur Bétoulières) qui montre une réparation partielle du maxillaire : les contours de l'os sont nets, la calcification est meilleure, mais il persiste toujours l'aspect alvéolaire en nid d'abeille.

g) — *Traitement par les rayons X* : Le 24 octobre 1936 et les jours suivants on applique une dose totale de 3.000 r centrée sur l'angle gauche de la mâchoire.

B. — Le point de départ est le plancher de la bouche

1°) Observation N° 32.062

Monsieur F... V... 60 ans domicilié à Montpellier est entré au Centre le 9 mars 1932.

a) *Diagnostic* : néoplasme du plancher buccal et de l'angle interne de la mâchoire.

b) *Biopsie* (Docteur Guibert) : il s'agit d'un épithélioma malpighien métatypique mixte avec des formations parakératosiques et des cellules à noyaux monstrueux ; il y a de nombreux éléments lympho-plasmocytaires réactionnels.

c) *Histoire de la maladie* : elle a débuté il y a un an par des douleurs dans le maxillaire inférieur.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade souffre du maxillaire, est gêné pour mastiquer et a un trismus accentué.

L'examen montre une tuméfaction bourgeonnante et ulcérée s'étendant sur la gencive inférieure gauche, le pilier antérieur gauche et le sillon gingo-lingual. Dans la région sous-maxillaire gauche existe une adénopathie dure et fixée. On traite par les rayons X.

f) *Examens ultérieurs*. Le 19 mai 1932, les ganglions ont disparu, il persiste un point bourgeonnant et saignant à l'angle interne de la mâchoire.

Le 20 octobre 1932, le malade se présente à la consultation avec un cou énorme par infiltration œdémateuse : ceci serait dû à ce que les ganglions sclérosés par les rayons X gêneraient la circulation de retour.

Le 16 février 1933 on observe une récurrence « in situ » très avancée ; elle s'étend aux branches horizontale et montante du maxillaire, au plancher et au rebord lingual ; il existe une grosse adénopathie dure et fixée avec une peau rouge et tendue.

Un examen radiographique (Docteur Mourgues) montre une destruction considérable de l'os au niveau de la branche horizontale et de la branche montante gauches du maxillaire.

Le malade intraitable est renvoyé chez lui où il meurt peu après.

g) *Traitements par les rayons X.*

Le 12 mars 1932 et 3 jours suivants sur l'angle gauche de la mâchoire on applique une dose totale de 1.000 r (filtre 7/10 cu — 50/10 al distance à la peau 10 cm).

Le 24 mars 1932 et les 4 jours suivants, même dose sur l'angle droit de la mâchoire.

Le 31 mars 1932 et les 4 jours suivants, même dose sur l'angle gauche de la mâchoire (filtre 20/10 cu — 5/10 al).

Le 7 avril 1932 et les 4 jours suivants même dose sur la bouche.

Le 25 avril 1932 on applique 500 r sur la région sous-maxillaire gauche (même filtre que précédemment et localisateur 7×9).

Le 19 mai 1932, 500 r sur l'angle gauche de la mâchoire.

Le 9 juin, 500 r sur la tumeur (bouche ouverte).

Enfin, le 6 octobre 1932, 500 r sur le maxillaire inférieur gauche.

2°) Observation N° 34.141

Monsieur R... H... 60 ans, domicilié à Nizas (Hérault) est entré au Centre, le 19 mai 1934.

a) — *Diagnostic* : néoplasme du plancher de la bouche.

b) *Biopsie* : (Docteur Guibert) il s'agit d'un épithélioma malpighien métatypique mixte, riche en formes nucléaires monstrueuses et atypiques ; il y a quelques éléments réactionnels.

c) *Histoire de la maladie* : le malade aurait toujours souffert de la bouche : il y a trois mois, il s'est aperçu qu'il avait une ulcération sur le frein de la langue.

d) *Antécédents* : c'est un gros fumeur.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade signale des douleurs très vives surtout dans la mâchoire inférieure et des hémorragies fréquentes. La dentition est très mauvaise.

A l'examen, on voit une très large ulcération qui s'étend de la face inférieure de la langue au rebord alvéolaire ; le plancher de la bouche est ulcéré et induré. L'adénopathie est très marquée dans la région sous-maxillaire et des deux côtés avec des ganglions durs fixés au maxillaire ; la chaîne carotidienne est atteinte plus légèrement.

Un examen radiographique (Docteur Egg) montre une zone de décalcification au niveau des racines des deux dernières molaires gauches avec aspect de lésion néoplasique. On applique un traitement par le radium.

f) *Examen ultérieur* : dès que la réaction du radium est terminée le malade part chez lui sans

aucune amélioration et il succombe le 10 octobre 1934.

g) *Traitement par le radium* : le 25 mai 1934, on place onze tubes de 5 mmg de radium-élément sur un masque avec cubes d'éloignement (distance à la peau 2 centimètres) pour irradier les régions sous-maxillaires et la bouche ; le radium est laissé 12 jours avec filtre or-platine.

3°) Observation N° 35.114

Monsieur F... E... 58 ans, domicilié à Avignon, entre au Centre le 20 mars 1935.

a) *Diagnostic* : épithélioma du plancher de la bouche.

b) *Biopsie* : (Madame Lesbros, Avignon) épithélioma spino-cellulaire à globes cornés.

c) *Histoire de la maladie* : elle a débuté il y a 5 mois par une ulcération du sillon alvéolo-lingual en regard des dernières molaires gauches ; cette ulcération s'est étendue et des douleurs sont apparues.

d) *Antécédents* : c'est en gros fumeur.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade accuse des douleurs spontanées du maxillaire inférieur avec irradiations dans l'oreille gauche, les douleurs sont plus fortes au moment du passage des aliments ; d'ailleurs l'alimentation est difficile et la mastication presque impossible. La parole est

embarrassée, la voix pâteuse ; le malade dit qu'il a maigri, cependant l'état général paraît bon.

L'examen montre une vaste ulcération du plancher de la bouche étendue à la région sub-linguale et aux sillons gingivo-linguaux des deux côtés. La gencive du rebord alvéolaire interne est détruite dans sa plus grande partie ; il ne reste que 2 dents branlantes sur l'arcade inférieure.

La langue est fixée au plancher par sa partie juxta-apicale et sa face inférieure est ulcérée : la face interne de la lèvre et le rebord alvéolaire externe sont aussi atteints ; enfin, sur le menton, il existe une tumeur rouge et semi-fluctuante.

L'adénopathie sous-maxillaire est bilatérale avec des ganglions volumineux, durs et bloqués ; l'adénopathie carotidienne est plus légère.

Un examen radiographique (Docteur Egg) montre une zone de décalcification très importante à la partie antérieure du maxillaire ; il y a une perte de substance du rebord alvéolaire. On fait de la curiethérapie.

f) *Examens ultérieurs* : Le 24 avril 1935, il se produit un érythème de desquamation.

Le 27 avril le malade part chez lui, à ce moment les ganglions ont diminué de volume ; depuis, on n'a plus de nouvelles.

g) *Traitement par le radium* : le premier avril 1935 on place 13 tubes de 10 mmg de radium-

élément sur un masque de cire avec cubes d'éloignement (distance à la peau 4 cm) pour irradier les régions sous-maxillaires et carotidiennes droites et gauches ; le masque est porté 14 jours, le filtrage est de 2 mm or-platine.

4°) Observation N° 35.115

Monsieur B... T... domicilié à Bédarieux (Hérault) est entré au Centre le 21 mars 1935.

a) *Diagnostic* : épithélioma du plancher de la bouche.

b) *Biopsie* : (O. R. L.). Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire avec activité mitotique faible ; il n'y a pas de formations kératosiques et les éléments réactionnels sont peu nombreux.

c) *Histoire de la maladie* : le sujet ne donne aucune précision ayant une certaine débilité mentale. Il entre le 21 mars au Service et repart immédiatement. Il revient le 18 juillet 1935.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : tout le plancher et les sillons gingivo-lingaux sont envahis par des bourgeons néoplasiques ; la branche horizontale droite du maxillaire inférieur est détruite (il n'y a pas de radiographie). Sur le menton il y a des bourgeons rouges indurés avec un début de fistulisation.

On note une adénopathie sous-maxillaire bilatérale. L'état général est mauvais.

f) *Examens ultérieurs*. Le 25 août 1935, il se produit une fistulisation sous-mentonnière.

Le 15 septembre 1935, il y a une nouvelle fistule sus-hyoïdienne.

Le 20 septembre 1935, le malade sort du service ; il ne s'alimente presque plus, l'état général est lamentable et il succombe quelques jours après.

g) *Traitement par les rayons X* : du 19 juillet 1935 au 5 août ; on applique une dose totale de 2.500 r sur le maxillaire inférieur droit.

C. — Le point de départ est la lèvre inférieure

1°) Observation N° 25.003

Monsieur H... L... 60 ans, domicilié à Cannes est entré au Centre le 5 janvier 1925.

a) *Diagnostic* : récidence à la lèvre inférieure et au menton d'un épithélioma opéré de la lèvre inférieure.

b) *Biopsie* (Professeur Grynfeldt). Il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire ; les bourgeons sont épais et irréguliers ; il y a de nombreuses cellules atypiques et peu de mitoses, la réaction du stroma est marquée, l'épiderme donne une réaction hyperplasique.

c) *Histoire de la maladie* : la maladie aurait.

débuté par l'apparition d'un « bouton » au menton en 1915, puis aurait apparu une ulcération qui se serait étendue jusqu'à atteindre la grandeur d'une pièce de 2 frs tout en restant plane. En 1922, le malade a été opéré à Cannes ; en 1923, il y a eu récurrence et en 1925, le malade a été envoyé à Montpellier.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : à la place de la moitié droite du menton et de la lèvre inférieure il y a une vaste ulcération très bourgeonnante, irrégulière, à bords déchiquetés ; cette plaie est très profonde, elle atteint le maxillaire inférieur qui est rongé.

f) *Examen ultérieur* : le malade qui était en très mauvais état a succombé peu après.

g) *Traitement par le radium* : le 7 janvier 1925, on a placé 12 tubes de 5 mmg de radium-élément sur un masque en cire qui a été porté 7 jours (filtre or-platine de 2 mm).

2°) Observation N° 27. 110

Monsieur S... E... 65 ans domicilié à Sauzet (Gard) est entré au Centre le 9 juin 1927.

a) *Diagnostic* : récurrence ganglionnaire sous-maxillaire de néoplasme de la lèvre inférieure opéré, avec atteinte du maxillaire inférieur.

b) *Biopsie* : néant.

c) *Histoire de la maladie* : il y a deux ans est apparue une tumeur à la lèvre inférieure. Il y a un an, opération par le Docteur Roul : excision cunéiforme et évidemment sous-maxillaire. Il y a trois mois, des ganglions sous-maxillaires sont apparus et ont disparu après six séances de rayons X.

Depuis un mois la région sous-maxillaire a de nouveau augmenté de volume et depuis quinze jours, la tumeur s'est ouverte à la peau au-dessous de la branche horizontale du maxillaire.

d) *Antécédents* : gros fumeur.

e) *Etat lors du premier examen* : on voit une sorte d'entonnoir gris sombre qui s'enfonce dans les tissus de la région sous-maxillaire et atteint l'os qu'il creuse profondément; le fond est sanieux, le pourtour est induré et rouge.

L'état général du malade est mauvais, on fait une application de rayons X.

f) *Examen ultérieur* : l'état du malade s'aggrave de plus en plus et le malade succombe le 1^{er} septembre 1927.

g) *Traitements par les rayons X :*

Le 13 juin 1927, sur la joue droite :	60 min.	$\frac{20}{10}$ ZN	+	$\frac{5}{10}$ AL
Le 16 juin » » » » » »				»
Le 20 juin » » » » » »				»
Le 24 juin » » » » » »		$\frac{20}{10}$ CU	+	$\frac{50}{10}$ AL
Le 30 juin » » » » » »				»
Le 7 juillet » » » : 45 min.		$\frac{20}{10}$ ZN	+	$\frac{50}{10}$ AL
Le 11 juillet » » » » » »				»

3°) **Observation N° 32. 125**

Monsieur D... A... 62 ans, domicilié à Cruéjouls Aveyron) est entré au Centre le 31 mai 1932.

a) *Diagnostic* : métastase ganglionnaire de néoplasme de la lèvre inférieure opéré.

b) *Biopsie* : néant.

c) *Histoire de la maladie* : le malade a été opéré il y a trois ans d'une tumeur au bord gauche de la lèvre inférieure ; il y a quatre mois des ganglions sont apparus.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade se plaint de douleurs spontanées nocturnes dans le maxillaire inférieur.

A l'examen, on voit une masse ganglionnaire volumineuse, très dure, très adhérente à l'os, non

douloureuse à la pression, située à gauche. Traitement par la curiethérapie.

f) *Examens ultérieurs* : le 21 novembre 1932 il y a une cicatrice souple et adhérente au maxillaire par sa partie moyenne ; une croûte remplace une fistule tarie ; il y a de l'infiltration fibreuse au-dessous du maxillaire qui est légèrement augmenté de volume ; le malade ne présente aucun trouble fonctionnel et l'état général est bon.

Le 25 avril 1933 apparaît une adénopathie dans la région carotidienne supérieure ; en arrière et au-dessous du pavillon de l'oreille, il y a une tumeur du volume d'un œuf qui est bloquée ; il y a une paralysie faciale.

Le 25 novembre 1933 on perçoit un très gros foyer d'ostéite du maxillaire avec suppuration sous-maxillaire ; le malade est en très mauvais état, il est renvoyé chez lui avec un traitement à la cobra-toxine. En avril 1934, le malade succombe.

g) *Traitement par le radium*. Le 5 Juin 1932, on place un masque avec dix tubes de 5 mmg. de radium-élément et on le laisse 10 jours (filtre or-platine).

Le 25 avril 1933, on place un masque de 4 tubes de 5 mmg. avec cubes d'éloignement (distance à la peau 3cm) pour irradier l'adénopathie rétro-maxillaire gauche ; la durée est de 20 jours, le filtrage est de 2mm de platine,

4^e) Observation N° 32 222

Monsieur P... J... 72 ans, domicilié à Prohen-coux (Aveyron) est entré au Centre le 19 septembre 1932.

a) *Diagnostic* : récurrence de néoplasme de la lèvre inférieure opéré.

b) *Biopsie* : néant.

c) *Histoire de la maladie* : il y a un an un bouton est apparu à la commissure labiale gauche ; en février 1932, on a enlevé une tumeur de la grosseur d'une petite noix et il n'y a pas eu de curage ganglionnaire ; presque immédiatement la récurrence est apparue.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : on voit une tumeur très dure à la commissure labiale gauche et toute la partie gauche de la lèvre inférieure est infiltrée.

Il n'y a pas d'adénopathie nette, ni de douleur. L'état général est bon. On fait un aiguillage.

f) *Examens ultérieurs* : le 26 mai 1933 la région comprise entre la moitié gauche de la lèvre inférieure et le menton est soulevée par une tumeur au niveau de laquelle la peau est rouge, luisante, fine ; la tumeur est dure, adhère à la peau et fait corps avec l'os ; la muqueuse buccale est indurée, granuleuse, non ulcérée et la palpation intrabuccale est douloureuse. Dans la région sous-



FIG. 1.

maxillaire gauche, il y a deux petits ganglions durs et mobiles.

Un examen radiographique (Professeur Lamarque) montre des lésions d'ostéite de la branche montante gauche mais on ne peut affirmer leur nature néoplasique. On fait de la curiethérapie.

Le 15 juin 1933 on note une réaction érythémateuse. Puis, l'état du malade s'aggrave et la mort survient.

g) *Traitements par le radium* : le 24 septembre 1932, on place 9 aiguilles de 1 mmg de radium-élément en couronne et on les laisse 8 jours.

Le 12 octobre 1932 on place sept tubes de 7 mmg sur un masque de cire avec cubes d'éloignement mais on arrête le traitement au bout de 24 heures, car il y a une forte réaction : visage rouge, température à 39°6, pouls à 120.

Le 30 mai 1933, on place 9 tubes de 5 mmg dans un masque de cire avec cubes d'éloignement (distance à la peau 3 cm) et on les laisse 13 jours (filtre 2 mm platine).

5°) Observation N° 34.140

Monsieur R... J... 68 ans domicilié à Pernes (Vaucluse) est entré au Centre le 17 mai 1934.

a) *Diagnostic* : métastase sous-maxillaire d'un néoplasme de la lèvre inférieure, opéré.

b) *Biopsie*. (Docteur Guibert) : il y a surtout

du tissu de granulation, mais au sein de celui-ci on trouve des travées de cellules néoplasiques (atypiques) dont il est difficile de préciser la nature histologique.

c) *Histoire de la maladie* : le malade a été opéré il y a deux ans d'une tumeur de la lèvre inférieure ; il y a deux mois, des phénomènes de suppuration sont apparus dans la région sous-maxillaire.

d) *Antécédents* : c'est un gros fumeur.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade se présente avec une vaste tumeur ulcérée de la région sous-maxillaire, elle saigne facilement, elle est indolore ; elle paraît faire corps avec le maxillaire. Il n'y a pas d'adénopathie nette.

Un examen radiographique (Docteur Egg) montre une zone floue et décalcifiée dans la région du menton qui paraît répondre à une lésion néoplasique. On fait de la curiethérapie.

f) *Examens ultérieurs* : Le 4 juin 1936, une hémorragie sous-mentale fait enlever le masque que l'on remet ensuite.

Le 13 août 1934, l'ulcération sous-maxillaire est presque complètement cicatrisée, mais il existe de nombreux ganglions déjà très volumineux et plusieurs sont recouverts d'une peau très fine menaçant de s'ulcérer.

Le malade part chez lui et n'a plus donné de ses nouvelles.

g) *Traitement par le radium* : le 27 mai 1934, on place 16 tubes de 5 mmg de radium-élément dans un masque de cire pour irradier les régions sous-maxillaires et on les laisse 300 heures.

6°) Observation N° 36.306

Monsieur M... A... 61 ans, domicilié à Toulanges (Pyrénées Orientales) est entré au Centre le 23 juillet 1936.

a) *Diagnostic* : récurrence ganglionnaire sous-maxillaire d'un néoplasme de la lèvre inférieure, opéré.

b) *Biopsie* : néant.

c) *Histoire de la maladie* : il y a un an une petite ulcération est apparue au niveau de la portion gauche de la lèvre inférieure et s'est étendue.

Le 7 juillet 1936, on a procédé à l'excision chirurgicale de l'ulcération à Perpignan. Quelques jours après, est apparue une adénopathie sous-maxillaire gauche qui a rapidement augmenté de volume.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : on voit une cicatrice opératoire mince, légèrement indurée, située sur la portion gauche de la lèvre inférieure ;

sur la partie droite se trouve une petite ulcération indurée et pigmentée.

Dans la région sous-angulaire gauche, il y a une volumineuse adénopathie, très fixe, très dure et faisant corps avec l'os. Le plancher buccal est très dur à gauche.

Un examen radiographique (Professeur Lamarque) montre au-dessous de la canine gauche, une image qui peut être interprétée soit comme un abcès dentaire, soit comme une métastase.

f) *Examen ultérieur* : le malade termine son traitement par le radium le 9 août et part chez lui ; depuis il n'a plus donné de ses nouvelles.

g) *Traitements par le radium* : le 24 juillet 1936, on place treize tubes de 10 mmg de radium-élément dans un masque avec cubes d'éloignement (distance à la peau 3 cm) pour irradier les régions sous-maxillaires, la durée est de 14 jours.

Le 25 juillet 1936, on place une aiguille de 1 mmg au niveau de l'ulcération de la lèvre inférieure droite et on la laisse 4 jours.

D. — Le point de départ est la muqueuse linguale

1°) Observation N° 35.312

Monsieur L... G... 71 ans, domicilié à Cannes, entre au Centre le 7 août 1935.

a) *Diagnostic* : épithélioma de la bouche à début lingual.

b) *Biopsie* : néant.

c) *Histoire de la maladie* : il y a trois ans une gerçure est apparue sur le bord droit de la langue et n'a jamais guéri.

d) *Antécédents* : néant.

e) *Etat lors du premier examen* : le malade éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche et à parler ; il a beaucoup maigri.

Extérieurement, il y a une tumeur dure, lisse, occupant la région maxillaire inférieure droite et semblant due à une prolifération osseuse ; la région sous-maxillaire droite est le siège d'une ulcération ; la lèvre inférieure droite est attirée en dedans.

Dans la bouche, on sent une zone très dure, irrégulière, occupant les gencives, le plancher et la région sublinguale ; la langue est très infiltrée et totalement immobile.

L'adénopathie est très marquée dans la région sous-maxillaire droite où les ganglions sont durs et fixés, elle est moins nette à gauche.

L'état du malade ne permettant aucun traitement, celui-ci est renvoyé chez lui.

2°) Observation N° 36.357.

Monsieur C....J....77 ans, domicilié à Alignan-du-Vent (Hérault) est entré au Centre le 26 août 1936.

a) *Diagnostic* : épithélioma de la langue.

b) *Biopsie* (Professeur Grynfeldt) : épithélioma spino-cellulaire végétant sous forme de bourgeons larges et irréguliers avec quelques globes épidermiques. Cellules typiques et activité mitotique nulle. Le stroma est le siège d'une réaction lympho-histiocytaire massive, renforcée de nombreux polynucléaires neutrophiles et éosinophiles au voisinage de la surface, ce qui dénote une infection secondaire active.

c) *Histoire de la maladie* : il y a six ans le malade s'est fait soigner à Béziers, pour une lésion de la langue ; il y a 18 mois une récidence s'est produite et le malade s'est encore fait soigner à Béziers où on lui aurait fait de la thermo-coagulation ; puis le malade s'est fait enlever des dents parce qu'il souffrait de la mâchoire inférieure. Depuis cinq à six mois, le malade souffre en avalant et la déglutition est difficile ; une tumeur est apparue sur la langue et a beaucoup augmenté de volume depuis deux mois.

d) *Antécédents* : c'est un gros fumeur.

e) *Etat lors du premier examen* : l'état général de ce malade est très mauvais, ses muqueuses sont blanches, il a maigri de 6 kilos en trois mois ; il évolue rapidement vers la cachexie.

A l'examen, on voit une ulcération à bords indurés formant bourrelet, à fond présentant des bourgeons blanchâtres ; cette ulcération couvre le

tiers antérieur et le bord gauche de la langue, le sillon gingivo-lingual et le rebord alvéolaire interne gauche.

Il y a des ganglions sous-maxillaires bilatéraux.

f) *Examens ultérieurs* : Le 22 septembre 1936, le malade ressent de violentes douleurs dans le maxillaire inférieur gauche, on constate qu'il y a mobilité anormale et fracture pathologique, on calme les douleurs par de la morphine.

Le premier octobre 1936, un examen radiographique (Professeur Lamarque) montre une destruction presque complète du maxillaire inférieur gauche et une fracture de la branche horizontale ; il existe aussi un foyer d'ostéite néoplasique sur la branche montante.

Le premier décembre 1936, on constate que l'état général du malade est très mauvais, la cachexie est avancée.

Le 14 janvier 1937, le malade succombe.

g) *Traitement par le radium* : Le premier septembre 1936 on place 10 tubes de 10 mmg de radium-élément sur un masque avec cubes d'éloignement (distance à la peau 2cm) et on les laisse 12 jours (filtre or-platine 2mm).

PATHOGÉNIE

Nous laisserons de côté la grosse question de l'étiologie du cancer, sur laquelle de multiples hypothèses ont été avancées, d'innombrables travaux et recherches ont été effectués et malgré cela notre connaissance des causes et de la nature du cancer est très faible. Nous ne rechercherons pas pourquoi le néoplasme d'une région de la bouche se propage à une autre, mais nous nous efforcerons de voir par quelles voies il se propage.

Dans une grande partie des cas que nous avons relatés, la propagation s'est faite par extension aux tissus de voisinage ; la caractéristique d'un cancer est de s'étendre progressivement non seulement en refoulant les tissus voisins, mais en les infiltrant, en les détruisant et en les remplaçant par des tissus néoformés sans qu'il y ait de limites à ces actions. Ce mode d'extension peut très bien être invoqué pour les épithéliomas des gencives qui pénètrent dans les alvéoles dentaires et envahissent très précocement et très fréquemment le maxillaire inférieur ; il en est de même pour ceux du plancher de la bouche qui s'étendent rapidement en surface jusqu'au rebord alvéolaire et de là, atteignent l'os.

Dans les cancers de la langue, il n'en est pas toujours ainsi et il faut faire intervenir un intermédiaire ; dans la plupart des cas de cancer des lèvres propagés au maxillaire que nous avons vus, il y a eu d'abord une atteinte de ganglions sous-maxillaires, ensuite une atteinte de l'os alors que les sillons gingivolabiaux et parfois même la lèvre étaient intacts.

D'autres auteurs (Moulonguet, Mallet, Raymond Bernard) rapportent des cas d'envahissement du maxillaire inférieur, par des néoplasmes originaires des amygdales, des piliers antérieurs, du voile du palais et ils ne parlent que de lésions très avancées qui se sont étendues à presque toute la muqueuse buccale et ont fini par atteindre l'os. Il est très probable qu'en plus de cet envahissement de proche en proche, il doit y avoir une propagation plus précoce par une autre voie, comme cela se produit dans les métastases.

Envisageons l'anatomie de l'appareil circulatoire qui dessert la région buccale.

Le sang artériel arrive à la lèvre inférieure par les artères coronaires inférieures, branches de la faciale ; aux gencives inférieures par la sublinguale issue de la linguale, elle-même branche de la

faciale ; à la région du plancher de la bouche par la même artère sublinguale ; à la langue par les artères linguale, palatine inférieure et pharyngienne inférieure issues directement ou non de la carotide externe ; aux joues par la transversale de la face, l'alvéolaire et la buccale issues de l'artère maxillaire interne ; au voile du palais et aux piliers antérieurs par les artères palatine supérieure ou descendante issue de la maxillaire interne, palatine inférieure ou ascendante issue de la faciale, pharyngienne inférieure issue de la carotide externe ; aux amygdales par les artères tonsillaires issues de la palatine ascendante ; le maxillaire inférieur lui-même est irrigué par l'artère dentaire inférieure branche de la maxillaire interne.

En somme, toute la région est irriguée par des branches des deux artères carotides externes et plus particulièrement par les branches maxillaire interne, faciale et linguale , toutes ces artères sont largement anastomosées entre elles et cette région est une des plus richement irriguée de l'économie.

Le retour du sang veineux est assuré de la façon suivante : les veines de la lèvre inférieure se jettent dans la veine faciale ; celles des gencives inférieures dans les veines linguale et faciale ; celles du plancher de la bouche et celles de la langue

dans la veine linguale ; celles des joues surtout dans la veine faciale ; celles du voile du palais et des piliers antérieurs vont se réunir aux veines de la langue et des amygdales ; celles des amygdales vont aux veines palatines ascendantes, branches indirectes de la faciale ; les veines du maxillaire inférieur se jettent dans la veine dentaire inférieure, branche de la maxillaire interne.

Toutes les veines de la région se groupent donc en trois veines, linguale, faciale et maxillaire interne qui, très souvent se réunissent pour former un tronc commun et aller se jeter dans la veine jugulaire interne.

Voyons maintenant comment se fait la circulation de la lymphe. Disons d'abord qu'il existe un réseau muqueux extrêmement riche s'étendant à toute la bouche et dont les mailles communiquent largement les unes avec les autres. De ce réseau muqueux partent des canaux plus profonds qui vont suivre des trajets divers selon les régions où ils sont nés.

Les lymphatiques des lèvres vont, les médians aux ganglions sous-mentaux ou sus-hyoïdiens médians, les latéraux aux ganglions sous-maxillaires et il y a entrecroisement sur la ligne médiane ; de plus certains troncs lymphatiques s'engagent dans le trou mentonnier (Dorendorf) et après s'être

unis aux troncs du canal dentaire, ils vont rejoindre les ganglions sous-maxillaires.

Les lymphatiques des gencives inférieures vont aux ganglions sous-maxillaires et à ceux de la chaîne jugulaire ; de plus pour certains auteurs, il y aurait communication des lymphatiques des gencives avec ceux des ligaments alvéolo-dentaires malheureusement mal étudiés et de là, avec ceux du canal dentaire.

Les lymphatiques du plancher de la bouche vont aux ganglions sous-maxillaires.

Le trajet des canaux collecteurs de la langue est très complexe : ceux du réseau postérieur vont passer entre les amygdales et l'épiglotte et se jettent dans les ganglions de la chaîne jugulaire, surtout dans le ganglion-chef de Kuttner ; ceux du réseau antérieur se dirigent vers le frein et au nombre de deux vont l'un dans un ganglion médian sus-hyoïdien, l'autre dans un ganglion de la chaîne jugulaire ; ceux du réseau moyen vont dans les ganglions de la chaîne jugulaire, surtout dans celui de Kuttner ; ceux des réseaux latéraux vont longer les bords de la glande sublinguale et se jettent les uns dans les ganglions sous-maxillaires, les autres dans les ganglions de Kuttner.

Les lymphatiques de la joue vont, ceux du réseau cutané surtout dans les ganglions sous-maxillaires, ceux du réseau muqueux dans les ganglions

cervicaux superficiels et sous-maxillaires après avoir traversé le muscle buccinateur et suivi la veine faciale.

Les lymphatiques du voile et des piliers antérieurs vont aux ganglions de la chaîne jugulaire.

Les lymphatiques de l'amygdale vont aux ganglions cervicaux profonds, surtout à l'angle de la mâchoire.

Les lymphatiques du maxillaire inférieur circulent dans le canal dentaire et vont se jeter dans les ganglions sous-maxillaires.

Nous voyons donc que tous les lymphatiques de la région vont aux ganglions de la région sous-maxillaire et à ceux de la chaîne jugulaire, tous ceux-ci communiquant entre eux.

Que peut-on penser de cette étude anatomique? Le sang artériel arrivé par la carotide externe baigne toute la région et repart à travers un ou deux troncs au plus, donc la circulation sanguine forme un tout et l'on pourrait admettre que dans certains cas le sang recueille des cellules cancéreuses, les transporte et en favorise la dissémination.

Mais c'est surtout par la voie lymphatique que la dissémination se fait et ceci de deux manières différentes :

1° par une voie courte. — Les réseaux muqueux étant très riches et très largement anastomosés les uns avec les autres, la propagation cancéreuse se fait très vite de proche en proche et un épithélioma d'un bord de la langue par exemple s'étendra rapidement au sillon gingivo-lingual, aux gencives inférieures et, comme celles-ci sont minces, au maxillaire inférieur ; la pénétration dans l'os sera ici facilitée par les communications lymphatiques avec les alvéoles et le canal dentaire.

2° par une voie détournée. — Les réseaux régionaux se réunissent en troncs qui vont à des ganglions. Si nous reprenons notre exemple d'épithélioma de la langue, nous trouverons dès le début un envahissement ganglionnaire qui se traduira par la présence de ganglions sous-maxillaires et bientôt jugulaires palpables ; or, les lymphatiques des gencives, du canal dentaire vont aussi à ces mêmes ganglions et aident à la propagation vers l'os.

Un cas particulièrement intéressant est celui d'épithélioma de la lèvre inférieure où l'atteinte du maxillaire inférieur est relativement fréquente ; ici, la propagation de proche en proche par la muqueuse du sillon gingivo-labial est exceptionnelle alors que l'atteinte des ganglions sous-maxillaires est fréquente et précoce. Nous avons vu qu'il existait des troncs lymphatiques passant par le trou

mentonnier et allant rejoindre les troncs du canal dentaire qui reçoivent eux-mêmes les lymphatiques de l'os : ici la voie lymphatique suivie par la propagation cancéreuse paraît tout à fait nette.

Nous voyons donc que la propagation des épithéliomas buccaux au maxillaire inférieur se fait le plus souvent par envahissement de proche en proche de la muqueuse et du réseau lymphatique muqueux et se fait parfois par voie lymphatique détournée en employant, soit des relais ganglionnaires, soit des anastomoses directes entre troncs collecteurs de région.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous diviserons cette étude en trois parties : dans la première nous passerons rapidement en revue les symptômes et les signes des épithéliomas des régions d'origine; dans la seconde nous examinerons l'atteinte du maxillaire inférieur; dans la troisième, nous parlerons des caractères communs à tous les épithéliomas buccaux propagés à la mandibule.

Première partie

1° *Epi thélioma à début gingival* (cancer térébrant des maxillaires) : le début se fait par une petite ulcération qui passe souvent inaperçue ensuite, le malade va se faire enlever des dents, souvent branlantes, car il en souffre ; en réalité, il souffre du maxillaire qui est déjà atteint. Le cancer s'étend rapidement en surface et l'on voit des bourgeons néoplasiques dans les alvéoles.

L'adénopathie est précoce et sous-maxillaire.

2° *Epithélioma à début au plancher de la bouche* : il commence par une ulcération du frein de la langue ou une induration des caroncules, rapi-

dement une ulcération s'étend en surface et en profondeur formant un clapier infect sous la langue, le plancher s'indure, puis devient cartonné; la langue, malhabile dès le début, s'immobilise peu à peu ; la phonation et la mastication ne sont pas touchés au début, ensuite elles deviennent difficiles puis impossibles; il se fait constamment un écoulement de salive fétide.

Les ganglions sous-maxillaires sont envahis rapidement.

3° *Epithélioma débutant à la lèvre inférieure et aux commissures labiales* : il y a au début une légère ulcération qui disparaît, revient pour la moindre cause, saigne facilement, s'indure à la base ou bien un « bouton » qui lui aussi saigne et s'indure ; puis peu à peu l'ulcération ou la tumeur s'étend, toute la lèvre s'infiltré, s'éverse ; si le début se fait à la commissure c'est souvent par une ulcération qui s'étend à la joue en agrandissant la bouche ce qui donne des plaies affreuses, saignantes, sanieuses.

Les ganglions envahis sont ici les sous-mentaux et les sous-maxillaires et l'adénopathie est souvent énorme.

4° *Epithélioma à point de départ lingual* : il débute lui aussi par une ulcération indolore s'indurant à la base ou par une petite tumeur ; la langue devient malhabile, la parole embarrassée, la

mastication gênée. Le cancer s'étend au plancher, aux gencives ; le plancher est alors infiltré, la langue immobile, parfois entièrement fixée au plancher, parfois si énorme qu'elle déborde les arcades dentaires et empêche la bouche de se fermer.

La mastication, la phonation sont impossibles, la déglutition est très difficile. Souvent le malade souffre de douleurs violentes s'irradiant dans les oreilles.

L'adénopathie est ici multiple : sous-maxillaire et carotidienne.

5° *Epithélioma débutant dans la région amygdalienne* : ici, le début, indolore, passe souvent inaperçu et l'on examine des malades à une période avancée ; on voit alors une tumeur déjà grosse ou une énorme ulcération s'étendant largement et le malade éprouve des douleurs violentes irradiées dans la nuque et dans l'oreille ; la déglutition est difficile et douloureuse, il y a du trismus.

L'adénopathie est sous angulo-maxillaire et carotidienne.

Deuxième partie

L'atteinte du maxillaire inférieur se manifeste par des signes cliniques et des signes radiologiques.

1°) *Signes cliniques.* — Presque toujours le malade éprouve des douleurs dans le maxillaire inférieur, douleurs spontanées, survenant et disparaissant sans causes apparentes, souvent plus marquées la nuit que le jour, parfois exagérées ou même provoquées par la mastication ; l'irradiation vers l'oreille est très fréquente et s'étend souvent à tout un hémicrane ; en présence de ces douleurs, le malade pense à des névralgies d'origine dentaire, va chez le dentiste et se fait enlever des dents. Mais les douleurs persistent et ne céderont à aucun traitement.

Dans d'autres cas, les dents s'ébranlent, le malade les arrache lui-même, sans douleur et il se présentera alors deux éventualités : ou bien la plaie alvéolaire ne se cicatrisera pas, s'étendra en bourgeonnant ou en suppurant et permettra un diagnostic facile et assez précoce, ou bien la plaie se refermera et le cancer se développera sournoisement à l'intérieur, le diagnostic sera ici très difficile car le point de départ extérieur aura disparu.

L'atteinte du maxillaire peut se produire d'une manière plus torpide, on voit simplement l'os augmenter peu à peu de volume sans douleur ; la palpation permet de sentir une tuméfaction osseuse à bords irréguliers et bosselés ou, au contraire, un os régulièrement augmenté de volume.

Dans quelques cas peu fréquents, l'atteinte est cliniquement évidente car on a une vaste ulcération en entonnoir qui atteint l'os.

Nous voyons donc la variété des signes cliniques dont les plus importants sont les douleurs dans le maxillaire, l'augmentation de volume et l'ébranlement des dents.

2°) *Signes radiologiques.* — Il y a ici des aspects très divers. Il s'agira souvent d'une perte de substance limitée ou très étendue, dont les bords seront flous ; parfois le maxillaire sera réduit à une hauteur de quelques millimètres seulement, c'est alors la partie basilaire compacte qui reste, la partie alvéolaire spongieuse étant la première atteinte.

On trouve des zones de décalcification à bords irréguliers sans réaction de défense. Parfois on observe un aspect spongieux, vermoulu avec présence de nombreuses petites géodes dont les contours sont nets ; on a aussi des aspects d'ostéite avec présence de zones alternantes de destruction et de condensation. Parfois on a seulement une irrégularité du rebord alvéolaire.

Dans les cas de lésion avancée on peut avoir une fracture pathologique.

Troisième partie

Il existe des caractères communs aux épithéliomas de la bouche, ce sont la rapidité et la gravité de l'évolution, de l'infection, l'atteinte de l'état général, l'envahissement ganglionnaire.

1°) *La rapidité d'évolution et la gravité*: souvent le début réel est inaperçu, mais quelques mois après le début avoué, l'extension est extrêmement grande, la cachexie et l'inanition sont installées ; la mort arrive rapidement, parfois en un an ou même en six mois.

Ceci est dû, probablement, à ce que la bouche est soumise constamment aux traumatismes alimentaires qui lors de la mastication massent en quelque sorte toute la région, activent la circulation lymphatique et assurent ainsi la progression rapide des germes cancéreux en surface et en profondeur.

2° — *L'infection est toujours profonde*. Le milieu buccal est un milieu septique et un milieu de culture excellent, aussi la plaie cancéreuse s'infecte-t-elle dès le début et présente-t-elle des plaques sphacéliques, des bourbillons de pus, des clapiers purulents ; de plus la région sublinguale forme une région déclive où le pus stagne, donc la virulence des microbes s'accroît.

Sur cette infection constante, il se greffe des poussées aiguës et l'on voit fréquemment des tuméfactions énormes de la joue, des lèvres et du plancher, des abcès, des œdèmes à distance, des cellulites diffuses avec retentissement sur l'état général.

3° — *L'atteinte de l'état général découle d'abord de l'infection* : le pus virulent formé dans la bouche est dégluti, surtout la nuit, et intoxique tout l'organisme donnant des clochers thermiques, parfois des frissons.

Une cause qui intervient beaucoup est la difficulté qu'ont ces malades à s'alimenter, comme nous l'avons vu précédemment ; ils ne peuvent prendre que des aliments liquides.

Il intervient encore les douleurs violentes et persistantes, le traitement par les rayons, enfin l'infection cancéreuse elle-même, avec son action toxique et anémiante.

Tout ceci fait que ces malades ont un état général lamentable qui se traduit par un amaigrissement considérable, un teint plombé et jaune paille, un visage émacié ; ils ont une fragilité très grande aux maladies infectieuses, d'où la fréquence de la mort par une maladie intercurrente, plus particulièrement par la broncho-pneumonie.

4° — *L'envahissement ganglionnaire*. Celui-ci est remarquable par sa précocité et par son éten-

due ; souvent dès le début, lors de la petite ulcération ou la petite tumeur, l'atteinte ganglionnaire existe. Plusieurs groupes sont envahis presque simultanément et des deux côtés.

Enfin, il ne faut pas oublier que, même les ganglions non palpables sont cancérisés microscopiquement, ce qui est très important si l'on veut faire un curage ganglionnaire.

Toute cette symptomatologie nous montre la très haute gravité de ces cancers auxquels nous ne pouvons opposer que des traitements peu efficaces.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic qui se pose d'abord est le suivant ; est-on en face d'un épithélioma buccal propagé au maxillaire inférieur, ou bien, y a-t-il coexistence d'un épithélioma buccal et d'une radionécrose osseuse du maxillaire ?

Ensuite il faut considérer le diagnostic avec les autres néoplasmes de l'os et avec les affections non néoplasiques de l'os.

A. — Diagnostic avec l'ostéo-radionécrose

Après un traitement intense d'un cancer buccal par les rayons X ou le radium, on a assez souvent des lésions osseuses appelées ostéo-radio-nécroses. Ces lésions, bien étudiées par Lachapèle, seraient dûes parfois à un défaut de technique, seraient favorisées par un mauvais état général, une altération locale et surtout par l'infection.

Le mécanisme est celui-ci : les ions lourds (tels Ca) de l'os, frappés par le rayonnement primitif émettraient à leur tour un rayonnement secondaire qui provoque l'auto-destruction osseuse et comme l'os est un tissu à renouvellement lent, il se produit la nécrose.

Comment évolue cette radio-nécrose ? Le dé-

but est brutal, souvent un traumatisme en est la cause déterminante, puis, il se produit une ulcération à fond jaune ou grisâtre allant jusqu'à l'os, dénudé, éburné, mais non friable ; peu à peu, il se forme un séquestre qui met très longtemps à se mobiliser ; l'évolution est longue, avec suppuration et fistulisation : la guérison se fait avec l'élimination du séquestre.

En faveur de la radio-nécrose, nous avons : la brusquerie du début avec souvent un traumatisme déterminant, la notion d'une imperfection technique ; surtout l'ulcération typique : bords nets, fond jaune verdâtre et sphacélique, ne saignant pas.

En faveur de l'atteinte cancéreuse : développement lent, bords de l'ulcération bourgeonnants, dureté ligneuse, tendance hémorragique très accentuée.

En général, le diagnostic se fait ; cependant, il est des cas où, seuls, une biopsie, l'évolution ou même la nécropsie permettent le diagnostic.

De l'ostéo-radio-nécrose, il faut rapprocher l'ostéo-thorio-nécrose dont Guérin rapporte cinq cas dans sa thèse, tous relatifs aux maxillaires. Il

s'agit aussi d'une ostéo-nécrose tardive où l'on observe la mortification, la suppuration de l'os après un traumatisme léger ; il y a une nécrose sans tendance à la réparation ni à la séquestration, et quand l'os est guéri, une partie est totalement détruite et ne se reformera plus. L'évolution se fait avec de violentes douleurs ; si elle est trop lente, le malade succombe à la cachexie buccale.

Cette lésion a été observée très longtemps après des injections de thorium X ; elle serait due à une sensibilisation des maxillaires par un terrain spécial et peut-être aussi à des doses trop fortes.

B. — Diagnostic avec les autres néoplasmes osseux.

Ce sont :

1°) *Les cancers primitifs* qui sont très rares

a) les ostéosarcomes centraux évoluant sans métastase qui se caractérisent radiologiquement par de la décalcification en plages irrégulières, à contours flous, sans réaction de défense ; quand ils ont crevé la corticale, on voit un nuage se répandre dans les tissus environnants.

b) les ostéosarcomes périphériques dont un aspect typique est celui qui représente des aiguilles osseuses perpendiculaires à l'axe de l'os.

c) les myélomes et les myélocytomes sont des tumeurs multiples surtout des os du crâne et

de la face ; à l'examen radiologique on voit de nombreuses tâches claires.

2°) *Les tumeurs à myéloplaxes* assez fréquentes au maxillaire inférieur, se présentent sous l'aspect d'une tuméfaction de l'os, régulière ou bourgeonnante, évoluant lentement et sans douleur ; la radiographie montre une cavité à contours homogènes, avec aspect de cloisonnement irrégulier au début ; le fond est clair et coupé par des lignes plus opaques, les cloisons de refend ; parfois l'image est différente : l'os a totalement disparu et l'on a l'impression d'une section.

3°) *Les métastases de cancers primitifs* du sein, de la prostate ou de la glande thyroïde : elles sont rares au maxillaire inférieur, il faudrait dans ce cas rechercher le cancer primitif. L'image radiographique montrerait des taches multiples, claires, à contours nets, sans réaction de défense ; un important signe clinique est une fracture spontanée, de plus d'autres os sont intéressés.

4°) *Les tumeurs d'origine dentaire.*

Nous ne signalerons que pour mémoire les odontomes, les parodontomes, les kystes radiculaires et paradentaires, toutes ces lésions étant d'un diagnostic clinique et radiologique facile.

L'épithélioma adamantin est beaucoup plus difficile à diagnostiquer ; il dérive des débris épithé-

liaux inclus dans les maxillaires, apparaît dans l'adolescence, se développe dans une membrane et repousse l'os sans l'infiltrer ; il peut récidiver après résection incomplète mais ne fait pas de métastase. Même avec une biopsie le diagnostic est difficile car, il existe parmi les débris paradentaires de Malassez, un groupe dit supérieur comprenant des cellules dont la morphologie est exactement semblable à celle de l'épithélium du revêtement gingival.

Il existe aussi certains kystes dits fissuraires, qui seraient développés aux dépens des débris épithéliaux situés dans les sillons faciaux et qui pourraient donner des formations analogues

5°) *Les kystes des os* comprenant les kystes parasitaires et la maladie kystique des os ou maladie de Recklinghausen, on peut avoir une fracture spontanée comme signe clinique ; l'image radiographique donne un contour net et toujours la corticale est respectée ; en général, ces kystes sont multiples.

C. — Diagnostic avec les affections non néoplasiques

1°) Les infections

a) Les ostéomyélites aiguës avec fièvre et douleurs donnent souvent une image radiographique avec des cavités multiples floues ou l'architecture a disparu, le périoste est décollé. Plus tard, on voit le séquestre irrégulier et plus pâle que l'os nor-

mal ; à ce moment la suppuration et la fistulisation se sont installées.

Dans les ostéomyélites chroniques il y a des alternances d'os clair et d'os compact de défense. On peut en rapprocher l'ostéopériostite qui est limitée au rebord alvéolaire et l'ostéite hypertrophiante localisée des maxillaires où l'on voit des zones de densification et de condensation et dont la biopsie donne des lésions d'ostéite chronique.

b) Les ostéites d'origine dentaire, sont provoquées par des abcès dentaires atteignant l'os, des péri-odontites, des dents de sagesse incluses qui donnent parfois un aspect tumoral.

α — Les ostéites tuberculeuses : on peut avoir des lésions d'ostéomyélite chronique avec une évolution à bas bruit, des abcès froids avec infection secondaire et fistulisation ; la radiographie montre une décalcification régulière, intense, étendue avec des géodes sans limites nettes.

β — Les ostéites syphilitiques : il y a des gommes provoquant une fistule et une suppuration donnant à la radiographie des cavités arrondies et claires, elles peuvent causer des fractures spontanées ; l'ostéite nécrosante à début insidieux, à foyers multiples fait de l'os par le périoste et donne de l'ostéite condensante profonde.

γ — Les ostéites typhiques et mélitococciques avec douleurs donnant à la radiographie, soit des

cavités régulières et étendues avec une coque d'os compact, soit des cavités petites et irrégulières (os dentelé).

2°) *Les nécroses toxiques.*

a) La nécrose phosphorée avec les gencives gonflées, les dents déchaussées, la présence de nombreuses fistules, la formation d'un séquestre qui s'élimine lentement.

b) La nécrose mercurielle précédée de lésion des gencives, de goût métallique, avec présence de mercure dans la salive ; elle donne de grosses destructions osseuses.

c) La nécrose bismuthique avec le liseré de Burton est extensive et grave.

d) — L'arsenic, l'antimoine peuvent aussi donner des nécroses du maxillaire inférieur.

3°) *Les affections mycosiques.*

a) L'actinomyose simule bien une atteinte néoplasique. La forme profonde térébrante a l'allure d'une lésion tuberculeuse ; la forme ordinaire donne une image radiologique de carie osseuse avec de petits foyers irréguliers, sans réaction de défense et sans décalcification.

b) — La sporotrichose donne des images de gomme avec une légère réaction de défense.

TRAITEMENT

Des méthodes nombreuses de traitement ont été essayées sans succès ; tour à tour la chirurgie, la physiothérapie ont eu un succès passager. Nous examinerons très brièvement le traitement chirurgical, l'association de la chirurgie et de la curiethérapie, le traitement par les rayons, enfin, le traitement par électro-coagulation suivi de curiethérapie.

1° La chirurgie seule.

Nous ne rappellerons que les opérations de Morestin et de Vallas.

a) Si le plancher buccal n'est pas profondément envahi, Morestin procède à une résection partielle du maxillaire inférieur en laissant si possible, une baguette osseuse, sectionne les tissus infiltrés à la demande et recouvre la plaie avec de la muqueuse, temps opératoire dont dépend le succès de l'opération.

b) Si le plancher est envahi, il faut procéder à l'opération de Vallas qui consiste en une résection large et parfois totale du maxillaire inférieur, la section d'une grande partie de la langue, des piliers antérieurs, etc. à la demande ; il faut ensuite

reconstituer une cavité buccale avec de la muqueuse pour éviter l'infection des espaces cellulaires du cou.

Ces opérations sont complétées par un évidement ganglionnaire soigneux, presque toujours bilatéral.

2° L'association chirurgie-radiumthérapie.

Il existe ici, deux manières de procéder :

a) Selon Raymond Bernard, après une désinfection de la bouche pendant plusieurs jours par des lavages au bœck, on incise la gencive sous anesthésie locale et on résèque la partie du maxillaire qui est cancérisée, on reconstitue la gencive et dès que les suites opératoires le permettent on fait de la curiethérapie par puncture ou masque ; le traitement des ganglions n'est pas spécifié.

b) Selon Gérard Maurel et René Weill, on fait une exérèse chirurgicale totale de la tumeur aussi bien dans les tissus mous que dans le tissu osseux ; cinq à huit jours après l'opération, on fait une application de tubes ou d'aiguilles de radium qui sont assez faciles à maintenir dans la cavité rétentive laissée par l'exérèse ; la surface primitivement rouge devient blanc nacré, cicatricielle. Si la résection du maxillaire a interrompu sa continuité, il faudra envisager un appareil de prothèse pour éviter les déviations.

Pour les adénopathies, il faut faire un curage complet, souvent bilatéral, suivi quelques jours après d'une application de radium avec des tubes placés dans un masque en collier.

3° Les radiations seules.

Ici, les résultats du traitement par le radium en aiguillage ou sur masque, sont en général mauvais, car, ou bien on a des récidives « in situ » et ganglionnaires, ou bien on a de l'ostéo-radio-nécrose par rayonnement secondaire des ions lourds de l'os.

Le traitement par la radiothérapie seule donnerait moins de radio-nécrose, mais il est souvent insuffisant pour détruire complètement la lésion à lui seul. On peut associer les rayons X et le radium.

4° L'électro-coagulation suivie de curiethérapie.

C'est la méthode qu'ont étudiée et appliquée MM. Gernez, Moulonguet et Mallet au Centre anticancéreux de l'Hôpital Tenon, elle paraît la plus intéressante et la plus heureuse au point de vue des résultats.

Les auteurs distinguent deux cas : le premier est celui où le point de départ est le plancher de la bouche où la gencive constituant des lésions limitées ; le second est formé par tous les cancers étendus.

a) *Principes de la méthode.* Le cancer se déve-

loppant dans la partie supérieure (pars alvéolaris) du maxillaire qui est spongieux et laissant intacte la partie inférieure (basis mandibulae) qui est compacte, la méthode consiste à détruire la partie supérieure et à conserver la partie inférieure qui assurera la continuité de l'os.

Il faut : détruire « in situ » et dans une seule séance tous les tissus suspects, ne pas dépasser la cavité buccale pour éviter l'inoculation des espaces cellulaires du cou, ne pas rompre l'arc mandibulaire pour éviter les graves déformations post-opératoires.

Avant d'opérer on a fait une radiographie et on a recherché les dents ébranlées ce qui permet d'évaluer l'étendue de l'envahissement osseux.

b) *Technique.* Les auteurs se servent des appareils de Beaudouin-Gondet à ondes entretenues et amorties, l'un d'intensité de 5 à 6 ampères, l'autre de 15 à 20 ampères selon les cas.

Une anesthésie régionale suffit presque toujours et le malade est mis en position demi-assise.

L'appareil donne des effets destructeurs, cautérisants et chauffants ; il se produit de la rétraction, puis de la dessiccation des tissus sans hémorragie ; il faut détruire les bourgeons épithéliaux, ne s'arrêter qu'en région parfaitement souple, ensuite, il faut détruire l'os en profondeur et ici, c'est l'expé-

rience qui fixe la durée d'application de l'appareil sur l'os.

c) *Suites*. Après l'électro-coagulation, le maxillaire est à nu, blanc, mortifié, édenté ; les muqueuses voisines sont œdématiées pendant quelques jours et desquament en surface, car la chaleur développée par l'appareil est considérable.

Les suites sont simples, il y a peu de douleurs, la fièvre est rare ; les escarres se détachent par des lavages.

L'os électro-nécrosé reste apparent, la gencive forme un bourrelet aux limites du futur séquestre, il y a clivage entre l'os sain et l'os qui sera séquestré ; des bourgeons charnus, puis la fibro-muqueuse se glisse entre les deux os et l'os sain est recouvert. Au bout de cinq à six semaines, le séquestre devient mobile et tombe seul ou par une traction très douce ; l'os sain apparaît recouvert de gencive et il n'y a pas d'hémorragie. Il n'y a jamais d'ostéite, le séquestre est sec.

d) *Curiethérapie*. Pendant le clivage du séquestre il faut faire un traitement par le radium qui atteigne les zones cancérisées et les ganglions du cou. Les auteurs se servent de l'irradiation à foyers multiples par tubes portés sur un moulage en cire, l'irradiation dure 15 à 20 jours, à ce moment, l'état général est touché, il y a une chute de la tension artérielle, une forte réaction buccale avec muco-

dermite, puis le malade se remet, il n'y a jamais eu de radio-nécrose tardive.

Les auteurs examinent ensuite les cas de cancers étendus, mais ici, l'opération est moins bien réglée et les résultats sont beaucoup moins bons.

Il existe une variante à leur méthode : les allemands Von Seemen et Keysser enlèvent l'os suspect de suite après l'électro-coagulation sans attendre la séparation par séquestration.

Voici les résultats de ces différentes méthodes

1° — Statistique de Morestin : sur onze opérés, trois morts immédiates, trois perdus de vue, deux morts de bronchopneumonie ; sur les quatre restants un a fait une récurrence au bout de quatorze mois ; les deux autres sont restés guéris quatre ans et quatre ans et demi.

2° — Statistique de Vallas pour une opération étendue . sur trente sept cas, il y a eu dix-sept morts rapides dont dix par broncho-pneumonie ; les autres ont eu des survies, de plusieurs mois à plusieurs années, mais ici l'individu est très diminué. car l'opération est très mutilante.

3° — Pour la Curiéthérapie seule, Raymond Bernard donne plusieurs cas tous avec de mauvais résultats.

Au Centre de Montpellier, il y a eu des résultats favorables, mais presque tous n'ont été que passagers.

4° — Pour l'association chirurgie-curiéthérapie, Raymond Bernard donne une statistique de sept cas avec une seule survie de quelques mois ; Maurel et Weill parlent de bons résultats, sans préciser.

5° — Résultats de l'électro-coagulation suivie de curiéthérapie : Sur six cas de cancers assez limités, il y a un cas non suivi, un trop récent, une récurrence au bout d'un an, une guérison de deux ans, une de deux ans et demi, une de quatre ans.

Dans les cas de cancers étendus, les auteurs ne donnent pas de statistique, mais ils citent des guérisons, de un an, quatre et cinq ans.

La meilleure méthode actuelle, paraît être celle de l'électro-coagulation quoiqu'il n'y ait pas encore d'assez nombreux cas de guérison, mais surtout, à cause de la simplicité des suites opératoires et de la désinfection obtenue dans le milieu septique qu'est la bouche.

CONCLUSION

Cette étude nous a montré que :

1°) On a un peu négligé l'atteinte du maxillaire inférieur dans les épithéliomas de la bouche. Nous avons vu qu'en la recherchant soigneusement, nous arrivons à un taux général de dix pour cent et que pour certaines régions ce taux est beaucoup plus élevé : pour certains auteurs, il serait de cent pour cent dans les épithéliomas de la gencive inférieure et de presque autant dans ceux du plancher de la bouche.

2°) La propagation au maxillaire se fait souvent de proche en proche, facilitée par un riche réseau lymphatique superficiel, mais elle se fait aussi par des relais ganglionnaires, prenant alors l'allure d'une métastase régionale : les cas à point de départ labial sont démonstratifs à ce sujet.

3°) L'atteinte osseuse est un facteur d'aggravation pour ces cancers de la bouche déjà très graves par eux-mêmes : peu de malades ont survécu longtemps.

4°) Le diagnostic se fait assez facilement par la clinique et par la radiologie ; une difficulté réside dans ce fait qu'une irradiation d'un cancer buccal

peut provoquer une ostéo-radionécrose que l'on confond avec une propagation osseuse.

5°) Nous avons vu la difficulté de traitement de ces cancers et le peu de bons résultats obtenus ; cependant la méthode par électro-coagulation suivie de curiethérapie paraît être meilleure ; si elle n'a pas encore donné suffisamment de résultats définitifs, elle a soulagé énormément ces malades qui avaient jusqu'ici une fin de vie très pénible.

Vu :

Le Doyen
EUZIERE

Vu :

Le Président de la thèse
LAMARQUE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le recteur président du Conseil de l'Université

TAILLART.

BIBLIOGRAPHIE

- SCHÆMAKER J. V. — A fatal case of round cell sarcoma of the gums and of the upper and lower maxillæ (Méd. Bull. Phila. 1906, XXVIII pages 401-403).
- L. OMBRÉDANNE. — Tumeur des mâchoires, 1909.
- RAY M. — Un cas de sarcome généralisé à début gingival (Revue trimestrielle suisse d'Odontologie, Zurich et Genève 1910, XX. 50-55.
- L. BERARD et Ch. DUNET. — Sarcome du maxillaire inférieur récidivé après opération ; traitement par curiethérapie et injection d'électro-cupro sélénium, guérison. (Lyon médical, tome 118, n° 12. Décembre 1919, pages 597-600.)
- F. ARCELIN. — Diagnostic radiographique des tumeurs du maxillaire. (Province Dentaire. Janvier 1920, pages 3-6).
- PIETKIEWICZ. — Abscess froid du maxillaire inférieur ayant provoqué une fracture spontanée. Traitement et guérison. (Revue de Stomatologie. 15^e année, n° 1, Janvier 1923).
- LEMAITRE et Charles RUPPE. — Epithélioma du maxillaire inférieur et radiographie (Revue de Stomatologie, tome 25, n° 8, août 1933, pages 447 à 451).
- LIAMBIAS J. — Tumeur parabuccale (Compte-Rendu Société de Biologie. Paris 1925, XCIII, page 966).

- CASSAN et LIFCHITZ. — Contribution à l'étude radiographique des tumeurs d'origine dentaire (Bulletin de Société de Radiologie médicale n° 125, page 168. Juillet 1925).
- MATHIEU et Charles RUPPE. — A propos du cas d'une volumineuse tumeur osseuse du maxillaire inférieur (Revue de stomatologie. N° 4. Avril 1926).
- S. POMMAY. — La prothèse immédiate après résection partielle du maxillaire inférieur. Thèse de Paris 1926.
- Raymond BERNARD. — Traitement des cancers du maxillaire inférieur : épithéliomas du plancher de la bouche, de la joue, de l'amygdale propagés au maxillaire inférieur. Thèse de Paris 1926.
- A. LACHAPPELLE. — Radionécroses tardives. Thèse de Paris 1926.
- CLARK. — Electro-dessication et électro-coagulation dans les néoplasmes de la bouche (J. Am. Dent. Assoc. Juin 1927. Page 968).
- RICHARD. — Syphilis du maxillaire inférieur (Revue de Stomatologie, Juillet 1927).
- H. LACHARITÉ. — Radiothérapie des tumeurs des os à cellules géantes du maxillaire inférieur (Journal de Radiologie, page 521, Année 1928).
- GALLY et HÉLIÉ. — Tumeurs à myéloplaxes du maxillaire inférieur. (Bulletin Officiel de la Société Française d'Electrothérapie et Radiologie. Février 1929).
- CLARK. — Electro-dessication et Electro-coagulation dans les néoplasmes de la bouche. (Am. J. Surgery. Mars 1929).
- R. DEMEL. — Therapy of tumors of upper and lower jaws (Beitrag. Clin. Chir. 154-171-173 1931).

- Franz KEYSSER. — Die elektro-chirurgie. Leipzig 1931.
- MONTIÈS. — Myélocytome amélioré par radiothérapie (Bulletin des Sociétés de radiothérapie médicales de France n° 177, page, 138. Mars 1931).
- SARGON et NOVEL. — Epithélioma de la région sublinguale avec envahissement du périoste ; guérison actuelle par la radiothérapie profonde (Lyon médical, 26 juillet 1931).
- GATE, FREIDEL et BOYER. — Epithélioma gingivo-jugal sur leucoplasie avec fistulisation de la peau co-existant avec une ostéo-périostite (Société Française de dermatologie. Séance du 26 Novembre 1931).
- CIESZINSZI et MEISELS. — L'actinothérapie des tumeurs de la langue et des maxillaires (Polska Gaz. Lekarska. N° 51, 20 décembre 1931).
- O. BENAVENTE, C. BERGARA, R. BERAGRAA. — Central fibroma of lower jaw, differential diagnosis (Ann. de Oto-rino-larigo de urungua. 2-93-1932).
- P. ROZEMAN. — Ostéomyélite et nécrose du maxillaire inférieur sans porte d'entrée décelable. (Société médicale du Nord. Décembre 1932).
- VON SEEMEN. — Elektro-chirurgie. Berlin 1932.
- G. MAUREL et WEILL. — Traitement du cancer des mâchoires (Revue odontologique n° 6, Janvier 1933).
- LAINDAIS. — Considérations sur les fractures pathologiques au cours d'ostéites diffuses du maxillaire inférieur (Revue de stomatologie 35^{eme} année. Juin 1933).
- M. DARCISSAC. — Résultat éloigné d'une résection de la branche montante et du tiers postérieur de la portion horizontale de l'hémi-maxillaire inférieur

gauche, pour une tumeur d'origine dentaire. (Bulletin et mémoires de la Société des chirurgiens de Paris n° 10, p. 432, 16 Juin 1933, tome XXV).

M. DARCISSAC. — Tumeur polykystique de la mâchoire inférieure siégeant au niveau de l'angle mandibulaire gauche, résection totale de la branche montante, résection partielle de la branche horizontale ; articulé normal, aucun trouble fonctionnel. (Société de stomatologie de Paris, séance du 20 Juin 1933, In, Rev. de stomatol. N° 8, Août 1933),

PROUST et MALLET. — Tumeur du maxillaire inférieur gauche traitée par appareil moulé à foyers radioactifs multiples (Bulletin de société de chirurgie 23 octobre 1933, p. 1155 à 1157).

DECHAUME. — Ostéite hypertrophiante localisée des maxillaires (Presse médicale n° 55, 1934).

DECHAUME. — Lupus ayant attaqué l'os maxillaire (Presse médicale n° 40, 1934).

AKERBLOM. — Acta chirurgica scandinavica. — Tome 75 p. 513, 1934.

Gérard MAUREL et René WEILL. — Indications respectives du traitement chirurgical et du traitement radiumthérapique dans les tumeurs malignes du maxillaire inférieur (Presse médicale n° 44 1934).

Ch. GRANDCLAUDE, LEMAITRE, J. DRIESSENS. — Les sarcomes du maxillaire inférieur (Revue Odontologique n° 1 Janvier 1934).

DUFOURMENTEL. — Tumeurs embryonnaires du maxillaire inférieur (Société de chirurgie de Paris, 16 février 1934).

DECHAUME. — Actinomycose du maxillaire inférieur (Société de stomatologie de Paris 17 avril 1934),

- DECHAUME. — Ostéo-thorio necrose tardive du maxillaire inférieur (Société Française de Syphilis et Dermatologie 19, avril 1934).
- Marcel OMBREDANNE. — Traitement chirurgical des cancers propagés du maxillaire inférieur. (Revue odontologique, tome 56, n°6, Juin 1934, p.491 à498).
- G. MAHÉ, M. DECHAUME. — Tumeur hyperplasique du maxillaire inférieur avec images lacunaires ; traitement à l'hépatrol (Revue de stomatologie n° 8 Août 1934).
- L. LEBOURG. — Ostéo-thorio-nécrose des maxillaires (In thèse de J. Guérin Paris 1935).
- L. GUNEZ. P. MOULONGUET, L. MALLET. — Traitement des cancers épithéliaux de la mandibule par l'électro-coagulation suivie de curiethérapie (Journal de chirurgie tome 45, n° 3 — 1935 p. 337 à 357).
- CROCQUEFER. — Dent de sagesse incluse et épithélioma adamantin avec suppuration (Société de stomatologie de Paris, 18 février 1936).
- DECHAUME. — Enostose et nodule de calcification du maxillaire inférieur (Revue de stomatologie n° 2, février 1935).
- VIEL, GAUDUCHAU BARON et LANDAIS. — Traitement radio-chirurgical des épithéliomas du massif maxillo-facial (59 ème Congrès de l'Association Française pour l'avancement des Sciences. Nantes 22 au 27 Juillet 1935).
- PORTMANN et CAYE. — 14 observations de tumeurs fibroblastiques des maxillaires (Revue de laryngo-rhino-otologie, année 56, n° 7 Juillet-Août 1935 p. 773 à 831).
- DECHAUME. — Tumeurs à myéloplaxes des gencives et des maxillaires. Essai de pathogénie (Revue de stomatologie. Septembre 1935).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIÈRES

Avant Propos.....	7
Introduction.....	8
Observations.....	10
Pathologie.....	48
Symptomatologie.....	56
Diagnostic.....	64
Traitement.....	71
Conclusion.....	78
Bibliographie.....	80
